

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Drogy a drogová závislost v těhotenství**

**Drugs and drug addiction during pregnancy**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Autor:

Mgr. Jana Poláčková

Alena Pokorová

Praha, 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Drogy a drogová závislost v těhotenství“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Alena Pokorová

## **Anotace**

Ve své bakalářské práci se snažím podat ucelený přehled o drogové problematice a o drogové závislosti u žen. Cílem práce je přiblížit život ženy s drogovou závislostí, popsat specifika užívání návykových látek a poodhalit problematiku návykových látek v těhotenství. V první části teoretické práce se věnuji spíše obecnějším pojmům, jako je sociální patologie, drogová závislost nebo klasifikace drog. Další kapitoly jsou zaměřeny na ženy narkomanky a užívání návykových látek v těhotenství. Praktická část poodhaluje příběhy těhotných žen užívajících návykové látky, prostřednictvím kazuistik a zároveň použitou metodou rozhovoru, nahlíží do problematiky, z pohledu terénních pracovníků.

## **Annotation**

In my Bachelor thesis, I'm trying to give a compete overview about women drug usage and addiction.

My target was to get a closer view to a woman with drug addiction, describe specific differences of additive substances and uncover problems of using drugs during pregnancy.

The first part of a theoretical work is dedicated to more general concept like social pathology, drug usage and drug classification. Other chapters are more focused on women addict and drug usage during pregnancy. Practical part uncovers real cases of women using additive substances during pregnancy through case studies while using interview method. Looking inside from the street workers' perspective.

## **Klíčová slova**

Návykové látky, droga, drogová závislost, ženy, těhotenství, drogy v těhotenství, terénní práce.

## **Keywords**

Additive substances, drug, drug addiction, women, pregnancy, drugs during pregnancy, street workers.

# Obsah

Úvod.....	6
<b>Teoretická část .....</b>	<b>7</b>
1 Sociální patologie .....	7
1.1 Sociologie deviantního chování .....	7
2 Drogová závislost .....	9
2.1 Historie drogových závislostí.....	9
2.2 Definice závislosti.....	10
2.3 Příčina závislosti .....	11
2.4 Fáze drogové závislosti .....	13
2.5 Klasifikace drogových závislostí .....	14
3 Klasifikace drog.....	15
3.2 Dělení drog dle prožitku.....	15
3.3 Dělení drog dle původu.....	16
4 Drogová problematika v ČR.....	17
5 Ženy a drogy .....	19
6 Drogově závislé matky .....	21
6.1 Charakteristika drogově závislých těhotných žen.....	21
6.2 Specifika perinatální péče .....	22
6.3 Důsledky užívání drog v těhotenství.....	22
6.4 Léčba závislosti v těhotenství .....	23
6.4.1 Metadon .....	24
6.4.2 Buprenorfin (Subutex) .....	24
7 Jednotlivé skupiny návykových látek, jejich vliv na průběh těhotenství plod a novorozence .....	26
7.1 Opioidy.....	26
7.2 Stimulační drogy .....	26
7.3 Kanabinoidy .....	27
7.4 Halucinogeny .....	27
7.5 Alkohol.....	27
8 Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog .....	29
9 Abstinenční syndrom novorozence.....	31
<b>Praktická část.....</b>	<b>32</b>
10 Metodologický postup.....	32

10.1 Cíl výzkumu .....	32
10.2 Respondenti.....	32
10.3 Předpoklady .....	33
10.4 Metody výzkumu .....	33
10.4.1 Kvalitativní výzkum.....	33
10.4.2 Interview .....	33
10.4.3 Analýza dokumentů .....	34
11 Případová studie.....	35
11.1 Kazuistika č. 1 .....	35
11.2 Kazuistika č. 2.....	37
11.3 Kazuistika č. 3 .....	39
11.4 Kazuistika č. 4.....	40
11.5 Nízkoprahový pracovní program XTP Sananim.....	41
12 Interview .....	44
12.1 Respondent č. 1 .....	44
12.2 Respondent č. 2 .....	45
12.3 Respondent č. 3 .....	46
12.4 Respondent č. 4 .....	47
13 Závěr z rozhovorů a případových studií .....	48
Závěr .....	50
Seznam literatury .....	51
Internetové zdroje .....	52
Tištěná periodika.....	52
Seznam příloh .....	54
Příloha č. 1 .....	55

## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Drogy a drogová závislost v těhotenství“, jelikož se tomuto tématu věnuji již několik let a i nadále chci rozvíjet své znalosti, týkající se této problematiky.

Velkým přínosem a zároveň i velkou zkušeností pro mne byla stáž v terénních službách SANANIM o. s. a Drop In o.p.s., kde jsem si vyzkoušela práci terénního pracovníka a de facto jsem se prvně dostala do kontaktu s drogově závislými lidmi. Tato práce byla pro mne velkou zkušeností a zároveň i motivací, věnovat se této problematice i do budoucna. Pomoc a poradenství drogově závislým klientům bylo v terénu na denním pořádku, setkala jsem se, se spoustou životních příběhů, které jsem využila jako inspiraci pro napsání této bakalářské práce.

Základním cílem mé práce je informovat širokou laickou veřejnost o návykových látkách a jejich uživatelích. Přiblížit život ženy s drogovou závislostí, rozdíly mezi užíváním u žen a u mužů, specifika ženského užívání návykových látek a zejména užívání návykových látek v těhotenství.

Cílem teoretické části je přiblížit pojem drogová závislost, stručně popsat historii návykových látek, poukázat na odlišnosti ženského užívání, informovat o gravidních ženách narkomankách a o úskalích spojených s užíváním drog v těhotenství.

Praktická část má za cíl popsat těhotné ženy užívající návykové látky, ukázat jejich příběhy a zjistit názory terénních pracovníků na užívání návykových látek v těhotenství a jejich motivaci k práci s drogově závislými.

Teoretická část se skládá z devíti hlavních kapitol. První stránky jsou spíše obecnějšího charakteru. Popisují zde pojmy jako je sociální patologie a drogová závislost, s historií a jejími příčinami. Další kapitola se zaměřuje na drogovou problematiku na našem území. V druhé části teorie se zaměřuji na ženy narkomanky a na závislé matky. Najdeme zde kapitoly jako specifika perinatální péče, charakteristika drogově závislých matek, léčba závislosti v těhotenství aj.

V první části praktického úseku jsou uvedeny čtyři kazuistiky žen narkomanek, které otěhotněly během své „drogové kariéry“. Jsou zde popsány jejich životy před i během užívání návykových látek. V další části se věnuji čtyřem rozhovorům s pracovníky terénních služeb z organizací SANANIM o. s. a Drop In o.p.s. V anonymních rozhovorech se s respondenty zaměřuji na otázky genderového typu a také na otázky, týkající se terénní práce.

## Teoretická část

### 1 Sociální patologie

Sociální patologie je nezdravé, nenormální, deviantní a společnosti nebezpečné chování. Tento pojem do sociologie poprvé přivedl Herbert Spencer, když hledal paralelu mezi sociální a biologickou patologií, mezi organismy biologickými, či společenskými, jejich strukturami a funkcemi.

#### 1.1 Sociologie deviantního chování

Deviantní chování je zařazeno do sociologické disciplíny, jejíž hlavním cílem je zabývat se výzkumem a teorií chování, která se odchyluje od společenských či skupinových norem. Jde o odchylku, která se ubírá směrem k společensky nežádoucímu, odmítavému či dokonce trestnímu chování. Deviace existuje ve všech společnostech, tudíž má univerzitní charakter. Objevuje se všude tam, kde lidé spolu přicházejí do styku a žijí ve skupinách. Neexistuje žádná společnost, kde by byla absolutní absence deviací.

Definici deviace lze popsat jako nepřizpůsobení se dané normě nebo sadě norem, které jsou akceptovány většinovou společností.

Se vznikem zákonů a společensky uznávaných norem se člověk stává buď konformní, tedy normy respektuje nebo deviantním, normy porušuje. Normy společnost dodržuje nejen na základě přesvědčení o jejich správnosti, ale i proto, že za jejich porušení hrozí určitá sankce. Sociální normy jsou doprovázeny sankcemi, které slouží jako ochrana proti nekonformitě.

Sankce mohou být pozitivní, negativní, formální i neformální. Udělení pochvaly za konformitu se nazývá pozitivní sankce. Trest za chování, které není konformní, je sankcí negativní. Formální sankce zajišťuje, aby určitý druh norem byl dodržován speciální skupinou lidí či organizací. Naopak neformální sankce je zajišťována spontánní reakcí okolí a neorganizovaností.

Sociální deviace je rozmanitý pojem, který zahrnuje chování jako je feminismus, homosexualita, prostituce, kriminalita, narkomanie aj. Jsou to fenomény, které nás trápí a zneklidňují. Každá společnost je přímo nabita deviantními fenomény.

Existují celkem tři základní přístupy zkoumání sociální deviace: biologický (nejstarší přístup, který se především zaměřuje na studium kriminálního chování a analýzu zločinu, nachází příčinu v genetických faktorech), psychologický (klade důraz na osobnost člověka, motivaci, frustraci či sílu ega) a sociologický (zdůrazňuje vliv prostředí).



## 2 Drogová závislost

### 2.1 Historie drogových závislostí

Užívání drog je známé již od nepaměti, například staří Egypťané, už ve 14. st. př. n. l. pěstovali na velkých polích mák, ze kterého vyráběli lék proti bolesti, tedy opium. Také sošky ze 13. st. př. n. l., které byly objeveny na ostrově Kréta, mají v obličeji zvláštní výraz, který můžeme připodobnit k výrazu extáze, v opiovém opojení. Tyto fakty jsou důkazem toho, že již od pradávna jsou známy nejen léčebné, ale i opojné vlastnosti opia.

Mezi nejstarší a nejrozšířenější drogu, můžeme řadit alkohol. Alkohol má tradici skoro takovou, jako lidstvo samo. Již mezi prvními historickými nálezy, spojenými s pěstováním obilovin, byly nalezeny stopy, po výrobě kvašených nápojů.

K nejstarším kulturním rostlinám řadíme konopí, které s největší pravděpodobností pochází z centrální Asie. V Knize léčiv staré pět tisíc let, čínského lékaře Sheng-Nunga, je konopí využíváno k různým léčebným účelům, jako například léčba proti zácpě, malárii, revmatismu a dalším nemocem. Konopí, se objevuje také v indické medicíně přibližně kolem roku 800 př. n. l., kde s ním tehdejší léčitelé, léčili mnoho nemocí. Současně bylo také používáno ve spirituální sféře, k uctívání jejich boha.

Přibližně pět tisíc let starou drogu získávanou z listů keře koka, obsahující kokain, znají obyvatelé Jižní Ameriky již od počátku věků. „Podle starých indiánských legend (14. století) byl „božský list“, který zarmoucené rozveselí, vyčerpané posílí a hladové nasytí, přinesen synem Slunce vyvolenému národu Inků“.<sup>1</sup> Užívali ho proto, aby se lépe pohybovali ve vysokých nadmořských výškách, což se mimo jiné dochovalo až do dnes.

Halucinogenní drogy jsou nedílnou součástí historie dějin náboženství ze všech koutů světa. Například středoameričtí indiáni již čtyři tisíce let užívají lysohlávky, které nazývají „božským masem“. K tradičním halucinogenům můžeme zařadit také mexický kaktus peyotl, který obsahuje meskalin. LSD obsahuje například i Námel paličkovice nachové, který parazituje na travinách a obilovinách. Ve středověké Evropě býval příčinou poměrně častých otrav žitem.

---

<sup>1</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 12.

V počátcích byly drogy používány výhradně k léčebným účelům, až o něco později, jako opojné prostředky. Naši předchůdci k těmto látkám přistupovali s určitým respektem a úctou, tak jako k jejich bohům.

Velký rozmach nastal v Evropě a Severní Americe v době industrializace v 19. století, toto rozšiřování přišlo s rozvojem farmakologického a farmaceutického průmyslu. Komerčně se začaly vyrábět látky jako morfin, kokain, heroin, který se využíval jako prostředek proti kašli a k uklidnění.

V polovině 19. století, tyto látky užívalo již půl milionů lidí a tento trend ještě více obohatil epochální vynález injekční jehly roku 1853. Tento vynález s sebou přinesl větší možnost zneužívat návykové látky a také navýšil počet drogově závislých osob. Kvůli tomu byla zahájena mezinárodní jednání o narkotikách v Šanghaji, Haagu a Ženevě a rodí se zde protidrogové zákony.

S prvním rozdělením drog na legální a nelegální se můžeme setkat již od počátku 20. století, produkce nelegálních drog je zakázána a následně trestána. Krok za krokem můžeme sledovat nárůst ilegálních, mezinárodních překupníků, kteří obchodují s celou řadou nových drog, jako jsou nové halucinogeny a stimulanty.

Roku 1961 se konečně dočkáváme mezinárodní dohody OSN, která zakazuje všechny drogy, které jsou lidem škodlivé (Single Convention on Narcotic Drugs). Od tohoto roku je kladem větší důraz na prevenci a léčení závislostí, avšak i přesto se počet lidí užívající návykové látky stále zvyšuje.

## 2.2 Definice závislosti

„Závislost je dlouhodobý, případně trvalý vztah k něčemu nebo k někomu vycházející z pocitu silné potřeby touhy až nezbytnosti tuto potřebu uspokojit. Ovlivňuje naše jednání, omezuje naši svobodu“.<sup>2</sup>

Závislost je určitý psychický fenomén, který se projevuje nutkavou touhou jednat určitým způsobem. Tužbou změnit prožívání skutečnosti, sklon ke stálému zvyšování dávek, neschopnost zmírnit určité chování a nelibé pocity při vypuštění drogy neboli abstinenci.

---

<sup>2</sup> DOČKAL, Jan. *Člověk a drogy*. Praha: Éthum, 2000, s. 8.

Světová zdravotnická organizace definuje drogovou závislost, jako psychický nebo fyzický stav doprovázený změnami v chování. Stav, který nutí uživatele požit drogu opakovaně, nejen kvůli jejím psychickým účinkům, ale také proto, aby se zabránilo nepříjemným stavům, které vznikají v důsledku nepřítomnosti drogy v organismu.

Fyzická závislost je závislost, kdy je jedinec na látku navyklý jejím pravidelným a častým přísunem. Látka je součástí metabolismu. Pokud se přísun přeruší, dostávají se abstinenční příznaky.

Psychická závislost je duševní stav, jehož projevem je různý stupeň potřeby vázaný na určité prožitky. Pokud se látka přestane podávat, projeví se psychická porucha.

Drogová závislost je řazena mezi chronická onemocnění CNS, je bráno za onemocnění, které můžeme diagnostikovat a následně ho léčit, ale i za onemocnění, kterému lze předcházet. Drogy jsou látky, na které vznikne závislost, tedy nutkání užít tuto látku za jakýchkoliv okolností. To jak moc bude člověk na droze závislý, určuje typ látky, od minimálního rizika, jako například antibiotika, až po velmi vysoké riziko, například u heroinu.

## 2.3 Příčina závislosti

„Závislost je multikulturní jev, mezi základní faktory vzniku závislosti patří droga, osobnost, prostředí a podnět“.<sup>3</sup>

Vavřínová a Binder popisují příčinu takto, „Mezi příčinami vzniku závislosti na návykových látkách lze rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů - droga, člověk a prostředí. Drogové závislosti je třeba studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují“.<sup>4</sup>

Základním a důležitým činitelem pro vznik závislosti je droga jako taková. Závislost je založena na samotných schopnostech drogy, jak silný psychický účinek vyvolá, jak moc je rozpoznatelná mezi ostatními látkami a jak moc jsou nepříjemné pocity při jejím vysazením.

<sup>3</sup> MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-210-2511-5, s. 42.

<sup>4</sup> VAVŘÍNKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 14.

Neméně důležitým faktorem je prostředí a dostupnost drogy v okolí jedince. Legální drogy, jako cigarety a alkohol jsou snadno dostupné a proto jsou velmi rozšířené nejen u dospělých ale hlavně také u dětí. U sociálně slabých toxikomanů, převažují převážně těkavé látky a rozpouštědla.

Dalšími důležitými faktory jsou okolí, ve kterém člověk žije, v jaké partě se nachází, z jaké rodiny pochází, osamělost, kriminalita aj. „Pro psychickou závislost je pro závislého stejně důležité prostředí a jednání s drogou spojené jako droga sama“.<sup>5</sup>

Podle Mühlpachra<sup>6</sup> jsou výchovně-vzdělávací faktory charakteristické prioritní orientací škol na efektivnost vzdělávacího procesu, na výkonnost žáka. Říká, že rodina přestává plnit funkci rozhodující výchovné instituce, ta se přesouvá do vzdělávací instituce. Děti a mládež potřebují identifikační vzory a aktivní výchovné působení na žáka představuje pomoc při volbě cílů, při korekci již zvolených cílů. Dosažení dílčích cílů je kladně motivujícím prvkem.

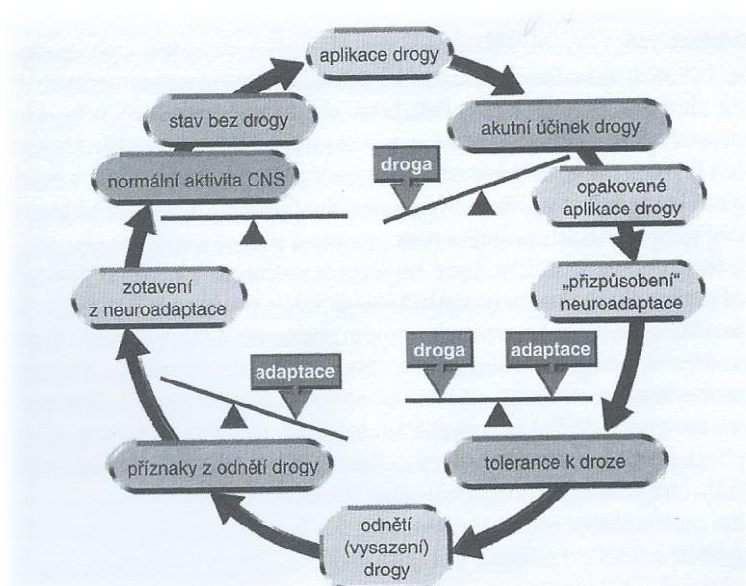
U osob se sklony k závislosti můžeme sledovat určité společné znaky, často to bývají lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, kteří rádi experimentují a nebojí se riskovat. Tito lidé rádi podnikají nové věci, adrenalinové zážitky, často střídají sexuální partnery, mohou také pracovat v různých uměleckých sférách. V opačném případě se mezi závislými osobami vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklony k depresím a impulzivitě.

Závislost má povahu obsedantně kompulzivního chování, kde nutkavost není vždy odměněna příjemným pocitem. Opakovaným přísunem drogy se organismus pomalu přizpůsobuje neznámé látce a dochází tak ke změnám receptorů, při prohlubování užívání této látky dochází k poškození CNS. V první řadě se rozvíjí psychická závislost, která se projevuje nutkavou potřebou požití další dávku. V další fázi dochází k rozvoji fyzické závislosti, která se projevuje silnými abstinenčními příznaky.

---

<sup>5</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 15.

<sup>6</sup> MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-210-2511-5, s. 42.



**Obrázek 1** – Mechanismus účinků drog a vzniku závislosti. (zdroj: Vavřinková, Binder<sup>7</sup>)

## 2.4 Fáze drogové závislosti

Vývoj drogové závislosti ve vztahu jedinec – droga, rozdělil Waldmann (1971) do 4 etap<sup>8</sup>:

1. etapa se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, která prožívá své generační problémy a konflikty;
2. etapa je spojena s vytvářením a stabilizací skupin mladistvých, kde se konzumují drogy;
3. etapa je vyjádřena vznikem vlastní závislosti jedince na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu;
4. etapa znamená fyzickou závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinenci projevy. Toxikoman neprožívá pravý efekt drogového opojení, ale úlevu od nepříjemných prožitků po aplikaci a nutnost udržovat v organismu stálou hladinu;

<sup>7</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 18.

<sup>8</sup> MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-210-2511-5, s. 16

## 2.5 Klasifikace drogových závislostí

Psychoaktivní látky jsou podle Světové zdravotnické organizace rozděleny do čtyř skupin<sup>9</sup>:

1. Látky nepoužívané v lékařství a potenciálně velmi nebezpečné ve smyslu závislosti (LSD).
2. Látky v lékařství užívané a potenciálně nebezpečné pro možnost vzniku závislosti (amfetamin, diazepam).
3. Látky v lékařství používané, ale s menším rizikem pro vznik závislosti (chlordiasepoxidy)
4. Látky ostatní, které mohou závislost vyvolat (látky používané v průmyslu, těkavá rozpouštědla).

Zvolský (1997) podává ucelený klasifikační přehled typů závislosti na návykových látkách<sup>10</sup>:

- a) Alkoholo-barbiturátový typ (alkohol, hypnotika, trankvilizéry, anxiolytika)
- b) Amfetaminový typ (amfetamin, anorektika, antidepressiva, látky obsahující efedrin)
- c) Cannabisový typ (látky obsažené v konopí)
- d) Halucinogenový typ (LSD, meskalin, psilocybin)
- e) Kachový typ (látky obsažené v listech rostliny *Catha edulis*)
- f) Opiátovo-morfinový typ (morfin, heroin)
- g) Solvenciový typ (toluen, benzín)
- h) Tabákový typ
- i) Antipyretiko-analgetikový typ
- j) Neuroleptický typ
- k) Antidepressivní t

---

<sup>9</sup> MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-210-2511, s. 16.

<sup>10</sup> MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-210-2511, s. 16, s. 17.

### 3 Klasifikace drog

V odborných publikacích se setkáváme s mnohým dělením drog. Používána jsou různá hlediska, avšak jednotná a platná klasifikace neexistuje.

Drogy rozlišujeme dle postoje společnosti na legální čili společností tolerované a nelegální. Postoje závisí na podmínkách, zvycích, životním stylu a dalších sociálních normách. Velmi také závisí na kultuře a tradicích dané společnosti. Například alkohol byl a je dodnes součástí evropské kultury. Listy koky a tabáku byly ve větším množství užívány na americkém kontinentu. Kulturní rozdíly lze demonstrovat na příkladech. Například v Anglii se v 17. století drasticky trestalo pití kávy. Dodnes je ve většině muslimských zemí zakázáno požívat alkohol.

Různé postoje k užíváním drog jsou i v některých zemích Evropy, jako je například Holandsko, kde je tolerován konzum i distribuce marihuany. V České republice jsou považovány za legální drogy např. tabák, alkohol, káva a také léky. „Bylo by ovšem nesprávné domnívat se, že legální drogy jsou méně nebezpečné než drogy nelegální. Alkohol i tabák zabíjí u nás i jinde v současné době mnohem více než ostatní drogy - přesto nejsou z mnoha důvodů zakázány“.<sup>11</sup>

Drogy můžeme rozdělit na měkké (lehké) a tvrdé (těžké). Také se můžeme setkat s rozdělením drog dle rizika – přijatelného a nepřijatelného. Často se setkáváme s dělením drog podle účinku, který vyvolávají.

#### 3.2 Dělení drog dle prožitku

- a) euforika – tyto látky přinášejí blaho a tzv. euforii
- b) fantastika – vyvolávají iluzi, halucinace, delirantní stavy
- c) narkotika – otupují smysly, vyvolávají spánek
- d) analgetika – tlumí bolest
- e) sedativa – uklidňují
- f) anxiolytika – zmírňují úzkost
- g) excitancia – povzbuzují psychické i fyzické procesy

---

<sup>11</sup> DOČKAL, Jan. *Člověk a drogy*. Praha: Éthum, 2000, s. 12

### 3.3 Dělení drog dle původu

Další možná klasifikace vychází z toho, zda se jedná o drogy syntetické či přírodní.

*Drogy z přírodních látek:*

- marihuana, hašiš – konopí
- opium, morfium, heroin – mák
- kokain, crack – koka
- meskalin – kaktus
- psylocybin, muskarin – houby, lysohlávky
- skopolamin, atropin – byliny, rulík, durman, blín

*Drogy vyrobené synteticky:*

- Amfetaminy – pervitin, stasy
- Syntetické opiáty –, braun“
- Syntetické halucinogeny – LSD
- Těkavé látky – toluen, étery, rozpouštědla, ředila
- Léky – barbituráty, diazepam, alnagon aj.
- Charakteristika a účinky hlavních skupin drog



## 4 Drogová problematika v ČR

Drogovou problematikou se Česká republika zabývá od roku 1993, kdy byla zřízena Mezinárodní protidrogová komise, nyní se nazývá, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Rozdíly v rozsahu užívání drog můžeme spatřovat v odlišnosti krajů. Regiony ve kterých se vyskytuje největší počet uživatelů je v Ústeckém kraji a v Praze, za nimi následuje kraj Jihomoravský a Moravskoslezský. V posledních letech se tyto rozdíly postupně zmenšují a drogy jsou dostupné i v menších městech.

Nejvíce pašovanými drogami je marihuana a hašiš a nejčastěji vyváženou drogou z ČR je Pervitin (metamfetamin). Pervitin se u nás produkuje v hojné míře a je vyráběn především českými občany.

Obchod s heroinem nejvíce funguje v Turecku, odkud je pašován do různých koutů světa. Pro výrobu je potřeba opium, které je získáváno v Afghánistánu. Na našem území mají největší postavení drogoví překupníci z Albánie.

Kokain se k nám dostává spíše v malých zásilkách z Jižní Ameriky, přes Nizozemsko. Jeho užívání není v příliš velké míře a počet záchytů je poměrně nízký.

Největším problémem v ČR je injekční užívání drog, dlouhodobé užívání amfetaminů a opiátů. Nejvíce se na trhu setkáváme s heroinem, Subutexem, či s podomácku vyráběnými opiáty.

V roce 2003 bylo v ČR zhruba 21 – 38 tisíc problémových uživatelů drog, k roku 2013 tento počet vystoupal, až k 44,9 tis. uživatelů. Dle serveru [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)<sup>12</sup>, z toho bylo 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 3,5 tis. heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu. V tomto roce se počet uživatelů zvýšil o 8,7%.

V roce 2003 bylo v registru o léčbu zaevidováno 8522 osob, s poměrem mužů a žen, 2:1. O 10 let později bylo evidováno již 9784 žadatelů o léčbu, v poměru 2-3:1, mužů a žen. Průměrný věk žadatelů o léčbu byl v roce 2013, 28,2 roku a 26,5 roku u prvožadatelů.

---

<sup>12</sup> <http://www.drogy-info.cz/drogova-situace/problemove-uzivani-drog/>

Užívání drog s sebou nese určité riziko, rizikem jsou různé druhy infekcí a nemocí. V roce 2013 bylo identifikováno 6 HIV pozitivních osob, které se nakazili prostřednictvím injekční aplikace drogy, hlavním důvodem přenosu byl sexuální styk mezi muži. Toxikomani se v časté míře setkávají s nemocemi chrupu a kůže. V kožní oblasti jsou to zejména bércové vředy a abscesy. Dalšími onemocněními jsou Hepatitidy typu B, C a další pohlavní choroby.

Úmrtí, následkem předávkování nelegálními drogami, těžkými látkami a psychotropními léky, bylo zaevidováno v roce 2012, 199, v roce 2011 to bylo o deset případů méně.

## 5 Ženy a drogy

V Evropě představují ženy narkomanky až čtvrtinu všech osob. Přibližně každý čtvrtý jedinec nastupující na léčbu drogové závislosti je ženského pohlaví a zhruba každé páté úmrtí v oblasti drogové závislosti je ženské.

Mnohé studie potvrzují, rozdílné sklony k různým druhům závislosti u mužů a u žen. Ženy jsou ve vztahu k drogové závislosti mnohem citlivější nežli muži, ženská citlivost se proměňuje v průběhu menstruačního cyklu. Ohledně léčby, ženy reagují lépe a rychleji se dostávají z drogové závislosti, avšak k relapsům dochází ve větší míře a v jiných situacích než u mužů. Výskyt jedů některých drog je naopak u mužů vyšší nežli u žen. Ženy se často po léčbě vracejí k užívání v důsledku určitého negativního či emočního zážitku, kdežto muži se k užívání vracejí spíše po pozitivních emocích.

U žen vzniká závislost o mnoho rychleji než u mužů a nastupuje již po nízkých dávkách. Ženy obecně mají méně problémů se zákonem, avšak jsou v menším množství přijímány do terapeutických komunit, které navíc předčasně opouštějí.

U žen se také často setkáváme se zneužíváním či prostitucí. „Sexuální zneužívání je uváděno v anamnéze závislých žen poměrně často, ale mnohem častěji se objeví jako téma v průběhu delší psychoterapeutické léčby nebo ve fázi doléčování, kdy klientka najde odvahu k „přiznání“ tabuizovaných témat či si vlastně díky terapeutickému procesu uvědomí, že určité chování bylo vůči ní násilné a nepřijatelné“.<sup>13</sup> Žena přináší otázku zneužívání jako otazník nad tím, zda to je vůbec špatné nebo jako téma které bylo doposud utajené. Zneužívání neprobíhá pouze v dětství nebo dospívání, ale především na drogové scéně.

Dívky vydělávající si na drogy prostitucí si sebou nesou určité problémy, které při pozdější léčbě musí řešit. Mnoho dívek se, i přes bohatou zkušenost s nejrůznějšími drogami, o sexu bojí mluvit. Velká většina z nich nemá ponětí o běžných věcech, jako je antikoncepce, možnost otěhotnění či nákaza pohlavní chorobou.

Většina žen je na začátku užívání drog samostatná a emancipovaná, avšak s přibývajícímí měsíci a roky v závislosti přebírají muži veškerou iniciativu. Velká psychická i existencionální závislost se objevuje v souvislosti s léčením, kdy muži velmi často zasahují do léčby své partnerky. Velký vliv mají muži nejen v oblasti partnerství ale také rodičovství, kdy muž je schopen zmanipulovat ženu tak, že dítě opustí a volí raději život s drogou.

<sup>13</sup> PRESLOVÁ, Ilona a Veronika MAXOVÁ. *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5, s. 12.

Pokud hovoříme o ženách narkomankách, nesmíme opomenout matky uživatelů návykových látek, které se často účastní různých rodinných sezení. Tyto ženy udělaly v minulosti mnoho chyb a je pouze na nich, jak své chování a svoji výchovu změni. Často se právě tyto ženy, starají o svá vnoučata, tedy o potomky svých závislých dětí.

## 6 Drogově závislé matky

### 6.1 Charakteristika drogově závislých těhotných žen

Mnoho studií popisuje drogově závislé gravidní jako mladší ženy, bez partnera, s nižším vzděláním a z nižších socioekonomických tříd. Nejčtenější věkové skupiny v oblasti uživatelů drog u nás jsou skupiny 15-19letých a 20-24letých, tvoří až 80 % ze všech uživatelů. Jedná se tedy o velmi mladé ženy. Průměrný věk uživatelů pervitinu je zhruba 22 let, uživatelů heroinu 23 let. Ženy, které užívají opiáty, mají věk v průměru kolem 24 let a ženy užívající stimulační drogy kolem 22 let.

Významným znakem těchto žen je nezaměstnanost, která je první známkou závislosti. U uživatelů heroinu dosahuje nezaměstnanost až k 100 % a u žen závislých na pervitinu asi k 85 %. Hlavním úkolem dne uživatele návykových látek je sehnat drogu. Například pervitinová závislost vyžaduje tzv. „pervitinové tahy“, které trvají i několik dní, a proto dochází velmi často k úplnému psychosomatickému vyčerpání jedince.

„Průměrná délka abúzu drog je podle našich zkušeností v době otěhotnění u uživatelů pervitinu 3,3 roku a u uživatelů heroinu 3,7 roku. Nejdelší dobu závislosti, se kterou jsme se u těhotné setkali, byla 10 let.“<sup>14</sup>

Nejčastějším způsobem užívání je intravenózní. Tato intoxikace patří k nejrizikovějším skupinám vzhledem k přenosu infekcí, hepatitidy B, C a HIV. Sdílením stříkaček v komunitě, riziko nákazy narůstá a dokonce může docházet k rozvoji trombóz a neprůchodnosti žilního systému.

Pokusy o léčbu se v malé účasti objevují u uživatelů heroinu, které se účastní především detoxikačních terapií a substitucí buprenorfinem či metadonem. U uživatelů pervitinu je nutková touha po droze a pravidelná aplikace tak silná, že nutnost léčby v tomto případě je spíše výjimečná a často je bagatelizována. Pro většinu drogově závislých žen není těhotenství dostatečný důvod pro abstinenci.

---

<sup>14</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 30.

## 6.2 Specifika prenatální péče

Počátek péče o těhotnou ženu, užívající návykové látky, začíná převážně vstupem do zdravotnického zařízení. Tuto klientku není dobré tlačit k abstinenci, nýbrž ukázat jí jinou, alternativní cestu. Například doporučit odbornou péči, která by jí pomohla snížit dávky užívané drogy, popřípadě zahájit substituční léčbu.

Často se s těmito ženami řeší otázka prenatální péče, bydlení, výživy apod. U klientek je důležité zjistit, v jakém stádiu užívání se nachází, jestli se jedná o experimentátorku, příležitostní či drogově závislou pacientku. Již pokročilost těhotenství odborníkům napoví, o jaký druh uživatelky se jedná. Ve většině případů, ženy se závislostí na droze přicházejí až ve vysokém stádiu těhotenství.

*Při první návštěvě u lékaře se u ženy zjišťuje:*

- anamnéza jak rodinná tak osobní,
- jestli někdy v minulosti prodělala nějaký porod či potrat,
- drogová anamnéza, jaké drogy užívá, jakou dávku, způsob aplikace,
- dále se ženě udělají vyšetření na různé nemoci, jako je hepatitida, HIV a ultrazvukové vyšetření,
- nakonec se konzultuje přesná léčba závislosti.

Následuje prenatální péče, kde je klientka seznámena s vlivem drogy na plod, s hrozbou spojenou s HIV a je jí kladen důraz na to, aby dodržovala správnou životosprávu.

Těhotné HIV pozitivní ženy, jsou posílány do specializovaných infekčních oddělení, v Praze je toto oddělení v nemocnici na Bulovce. V těhotenství nedochází k rozvoji nemoci, avšak hrozí riziko přenosu infekce na plod.

## 6.3 Důsledky užívání drog v těhotenství

Zdravotní komplikace způsobuje intravenózní užívání v oblasti odběrů krve či při porodu, kdy je žádoucí žilní přístup. Přísun opiátů může způsobit respirační nebo kardiální selhání, jelikož ženy v těhotenství mají zvýšený srdeční výdej, vyšší minutovou ventilaci a zvýšenou spotřebu kyslíku.

Nutriční nároky v těhotenství jsou zvýšené, avšak závislost na drogách je všeobecně spojena se špatnými dietními návyky. U žen užívající kokain nebo marihuanu byla prokázána snížená hladina kyseliny listové, infekce močových cest a pneumonie. Kokain či heroin může dokonce způsobit úmrtí plodu.

Vliv návykových látek záleží v první řadě na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání nebo závislost. V těhotenství obvykle abstinují občasné uživatelky, které si škodlivé účinky užívání drog obvykle uvědomují. Záhy po prokázání gravidity velké množství žen přestane pít alkohol či kouřit, avšak uživatelky drog vynakládají velké úsilí na získání drogy, a tak nedostatečně uspokojují své základní potřeby. Chaotický životní styl je pro ně typický a prostředky na jídlo utrácejí za drogy. Prenatální péči odkládají a během těhotenství poskytují sexuální služby za úplatu. Užívání drog také ovlivňuje placentu a její přenos živin.

## 6.4 Léčba závislosti v těhotenství

Užívání nelegálních opiátů vede k trvalým receptorovým změnám. Nepřetržité podávání opiátu tyto změny vyžadují a díky nárůstu snášenlivosti následné zvyšování podaných dávek. Pokud jedinec vynechá svoji pravidelnou dávku, dostavuje se soubor vegetativních příznaků, komplexně nazývaný jako syndrom z odvykání, tzv. abstinenní syndrom (pocení, bolesti svalů a kloubů, průjemy, svalové křeče).

„Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba, která odkládá trvalou abstinenci na dobu, kdy bude pacient schopen abstinenně orientovanou léčbu podstoupit.“<sup>15</sup> Prostředkem léčby je substituční látka, která je podávána jinak než nitrožilně. Tato látka efektivně potlačuje abstinenní příznaky klienta a zlepšuje kvalitu jeho života.

Substituční léčba se provádí ve specializovaných zařízeních, které musí mít akreditaci pro substituční programy. Léčba se také může poskytovat ve zdravotnickém zařízení, avšak jen v tom, které bylo pověřeno Ministerstvem zdravotnictví k zavedení substitučního programu do doby zavedení akreditačního systému. Pro zařazení do substitučního programu je zapotřebí diagnostika lékaře se správnou atestací. Každý uživatel této léčby musí být zařazen do „Registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek“.

---

<sup>15</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 62.

### 6.4.1 Metadon

Metadon je syntetický opiát, který je možno monitorovaně podávat ve stejných dávkách i po několik let. Indikuje se při dlouhodobé závislosti na látkách opioidového typu. Terapeuticky se začal užívat v USA od roku 1962. Za 2. světové války, kdy byl také objeven v Německu, se používal jako analgetikum.

Tato látka zabraňuje abstinčním příznakům, navozuje euforii a zabraňuje touze po droze. Metadon se rozpouští ve vodě zhruba 30 hodin. Dávka metadonu může být různá, dle individuální potřeby klienta. Obvyklá dávka se pohybuje kolem 60-150 mg za den.

Při podávání metadonu je vnímání reality nezměněné a odstraňují se rizika intravenózní aplikace či dokonce kriminality. Metadon se nesmí podávat jedincům, u kterých převažuje závislost na jiné než opiátové typy drog, pokud není přítomna somatická závislost, klientům mladším 16 let či jedincům, kterým hrozí blízký nástup k výkonu trestu.

Při užívání metadonu v těhotenství je důležité docílit stabilní hladiny látky a tak snížit možnost začátku abstinčních příznaků. Na metadonovou léčbu se dochází pravidelně každý den, a proto mají těhotné ženy u této léčby lepší prenatální péči a vedou méně nebezpečný život než například gravidní ženy na heroinu. Dávkování v těhotenství je rovněž individuální, avšak dávka větší než 40 mg denně snižuje pohybovou aktivitu a dýchání plodu. V ČR u gravidních žen se metadon podává po 24 hodinách a ukončení léčby se doporučuje do druhého trimestru.

Metadon se hromadí v plicích plodu, slezině a játrech. Abstinční příznaky novorozence jsou závislé na výšce dávky a mohou se objevit již po 2-4 týdnech od narození. V dlouhodobém sledování dětí se objevila hyperaktivita, problémy s chováním či učením a špatná sociální přizpůsobivost.

### 6.4.2 Buprenorfin (Subutex)

Buprenorfin je semisyntetický opioid, který byl vyvinut jako lék k léčbě bolesti. Později z něj byl vyvinut preparát Subutex. Buprenorfin působí proti bolestivě, ale také navozuje vysokou míru euforie. Účinek nastupuje ve srovnání s heroinem mnohem pomaleji a přetrvává i po 24 hodinách. Doba účinku buprenorfinu se prodlužuje zvyšující se dávkou a nesmí se podávat více než jednou za 24 hodin. Buprenorfin se velmi rychle vstřebává v játrech a v tenkém střevě.



Do programu léčby buprenorfinem se může zařadit nejen klient užívající opiáty, ale i klient, který opioidy kombinuje s jinými látkami, jako je kokain či pervitin. Dále buprenorfin nesmí užívat klienti mladší 15 let a klienti mající závažná jaterní nebo respirační onemocnění.

Buprenorfin přechází do mateřského mléka jen v malých dávkách. Abstinenční syndrom u novorozence je popisován jako mírný, který rychle odezní a pacient si látku hradí zcela sám.

## 7 Jednotlivé skupiny návykových látek, jejich vliv na průběh těhotenství plod a novorozence

### 7.1 Opioidy

#### *Prenatální péče*

Ženy závislé na heroinu mají především velmi neuspořádaný životní styl, jejich prenatální péče bývá téměř nulová, prenatální poradnu navštěvují výjimečně. Až polovina klientek přichází do nemocnice ve fázi porodních kontrakcí nebo dokonce až po odtoku plodové vody.

Heroin proniká velmi rychle k plodu a to už do jedné hodiny od aplikace, droga i abstinční příznaky způsobují různé změny na placentě a proto se děti rodí s růstovou retardací a výška a váha těchto dětí je o 3-4 týdny za průměrnými hodnotami.

#### *Důsledky působení drogy na novorozence*

Častým důsledkem působením opiátových drog na novorozence, je abstinční syndrom. Objevuje se u 50-80% dětí, obvykle 48-72 hodin po porodu. „Wilson a kol., pozoroval ve studii dětí mezi 3 – 6 lety, které se narodili matkám závislým na heroinu, nižší tělesnou hmotnost a výšku a snížené behaviorální, organizační a percepční schopnosti“<sup>16</sup> V dalších studiích, kde byly děti sledovány několik let, mely nižší IQ a horší jazykové testy, než ostatní děti a rozdíl se zvětšoval s postupem věku dítěte. Méně zjevné rozdíly se objevily u dětí, které byly dobře adaptovány do náhradní rodiny.

### 7.2 Stimulační drogy

Droga, která velmi rychle prochází k plodu, je kokain. Po aplikaci dochází ke snížení průtoku krve placentou, snižuje kyslík, který putuje k dítěti a zvyšuje krevní tlak a tepovou frekvenci.

#### *Prenatální péče*

Matky, které užívají stimulační drogy, jsou velmi často agresivní a svou závislost popírají. Do prenatální poradny dochází jen zřídka kdy.

<sup>16</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 45.

Děti se rodí s nižší porodní váhou, růstovým postižením, mají menší obvod hlavičky, kratší dolní končetiny a je u nich pravděpodobné, že budou mít poruchy močové a pohlavní soustavy.

Další problémy mohou být v oblasti návyků a chování, u těchto dětí se budou projevovat spíše omezenější návyky a stresové chování. Při požívání metamfetaminu je prokázán vyšší výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence.

Abstinenční syndrom u těchto dětí má menší intenzitu a v kratších intervalech, než mají děti na opiátech.

### **7.3 Kanabinoidy**

Matky, které užívají marihuanu, jsou ve většině případů mnohem spolehlivější a více na sebe dbají, než ženy užívající jiné návykové látky. Požívání drogy je spíše nepravidelné, rekreační a není problém přerušit její užívání. U těchto žen nehrozí přenos HIV a hepatitid.

Děti uživatelék marihuany mají většinou omezené reakce a pomalejší motorické reflexy. Abstinenční syndrom se projevuje nespavostí a neklidem, ale není příliš zřetelný.

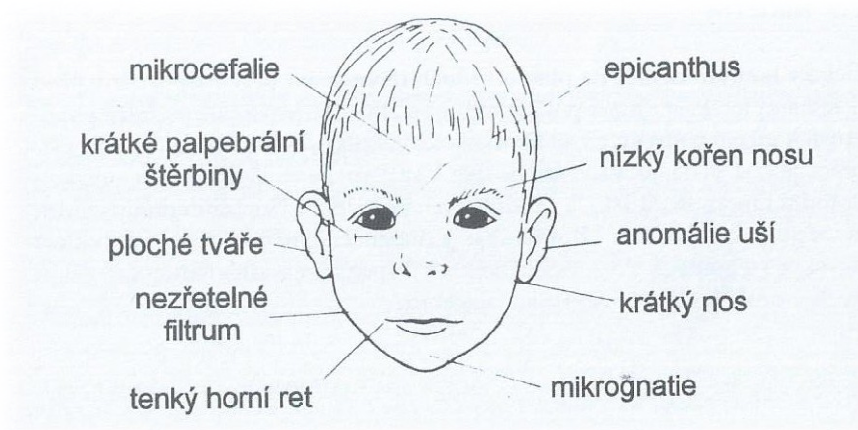
### **7.4 Halucinogeny**

Děti, které se narodí matkám uživatelkám, mají podobné příznaky, jako ženy požívající kokain. Abstinenční příznakem může být porucha příjmu potravy nebo poruchy spánku.

### **7.5 Alkohol**

Alkohol můžeme řadit k nejrozšířenější tolerované droze současnosti, avšak může být mnohem nebezpečnější než nelegální drogy. Působí jedovatě hlavně na játra a v období těhotenství silně ohrožuje plod.

V roce 1973 byl K. L. Jonesem poprvé popsán soubor anomálií, které souvisí s požíváním alkoholu v těhotenství, nazvaný fetální alkoholový syndrom (FAS). FAS se projevuje prenatalní i postnatální retardací, mentální retardací a různými obličejovými specifikacemi, (zúžené oční štěrby, nízký kořen nosu, anomálie uší, tenký horní ret...). Dále pak srdečním postižením, sluchovými a očními vadami, poruchami močového traktu, jater, srdce, imunitního systému a kožními problémy. Uvádí se, že pokud si těhotná žena dá dvě sklenice piva nebo vína denně, nemělo by to mít na plod žádné nežádoucí účinky.



**Obrázek 2** – Obličejové abnormality u FAS. (zdroj: Vavřinková, Binder<sup>17</sup>)

<sup>17</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 57.

## 8 Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog

„Gynekologicko-porodnická klinika FN v Praze-Motole má dvě oddělení šestinedělí se 40 lůžky, dvě novorozenecká oddělení a jednotku intenzivní a specializované péče pro novorozence. V posledních letech zde porodilo za rok průměrně 3000 matek. Rodiček s abúzem drog je v průměru 23 ročně, z tohoto počtu průměrně dvě matky dají své děti k osvojení. Od počátku letošního roku do současnosti (tj. do května 2009) prošlo porodnicí už 10 závislých žen.“<sup>18</sup>

Sociálnímu oddělení je taková rodička nahlášena zdravotnickým personálem, avšak často je situace jiná a o takovýchto matkách se sociální pracovníci dozvídají od terénních pracovníků.

Závislé matky se často chovají rizikově, nedochází na pravidelné lékařské prohlídky, nedodržují hygienu, neabstínují, nedodržují životosprávu. Rozhovor se závislou matkou není jednoduchý. Často zamlčují pravdivé informace a mlží o svém užívání. Od matky je potřeba za prvé zjistit, kde bydlí, zda má výbavu pro dítě, zda má dostatečný finanční příjem, proč nedocházela do prenatální poradny a zda je ochotná se léčit. Dále se zjišťuje otec dítěte. Pokud je znám, tak jaký má příjem a jestli je také uživatelem drog. Pokud ano, je doporučena léčba i jemu.

Oddělení sociálně právní ochrany dětí je informováno o narození dítěte závislou matkou, s ní se projednává situace. Matka je navštívena v domácím prostředí nebo se kontaktují další rodinní příslušníci. Sociální pracovnice je ve styku s matkou a dítětem po celou dobu hospitalizace a následně i v terénu. Rozhodnutí o svěření do péče posléze provádí sociální pracovník odporu sociálně právní ochrany dítěte.

Děti závislých matek jsou v nemocnici hospitalizovány zhruba 10 dní, matka je propuštěna již po 4 dnech. Dítě je v nemocnici pozorováno. Je zjišťováno, zda nemá abstinenci příznaky, které se projevují dráždivostí, plačtivostí, neklidností, nepřibýváním na váze. Nastat mohou i jiné zdravotní potíže, v takovém případě může novorozenec v nemocnici strávit až několik týdnů.

V tomto období je důležité sledovat matku, jak za svým dítětem dochází. Také je důležité kontaktovat rodinu, která matku může v tomto směru velmi podpořit. Matka je též podporována v pokračování substituční léčby a zjišťovány jsou i podmínky pro péči dítěte.

<sup>18</sup> PRESLOVÁ, Ilona a Veronika MAXOVÁ. *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5, s. 85.

Pokud matka nespolupracovala, nebo nebyla schopna zajistit vhodné podmínky domácího prostředí, je dítě na podkladu předběžného opatření přemístěno z nemocnice do kojeneckého ústavu. Občas bývá dítě svěřeno do péče jiného rodinného příslušníka.

## 9 Abstinenční syndrom novorozence

Příznaky abstinenčního syndromu novorozence (NAS) mohou přetrvávat i 4 měsíce po porodu a objevují se až u 90 % novorozenců.

Hladina drog v krvi novorozence je patrná ještě několik hodin až dnů po porodu. K úplnému očištění dochází až déle po propuštění dítěte z nemocnice. Drogy mají především tlumivé účinky na CNS a jsou startem fyzické závislosti novorozence, která se projevuje tzv. abstinenčním syndromem novorozence. „Příznaky NAS se objevují nejčastěji po expozici opiátů 24-48 hodin po narození. Po metadonu se mohou objevit až po 2-4 týdnech po narození, neboť droga se uvolňuje postupně z depozit v organismu plodu“.<sup>19</sup>

Znaky NAS jsou především svalové křeče, zívání, kýchání, neklid, třes, nekoordinované pohyby úst a očí či vysoký křik. Novorozenec má spánek velice krátký, což v tomto období není vůbec přirozené. Viditelné jsou i poruchy gastrointestinálního traktu, kdy novorozenec trpí zvracením, průjmy a poruchami metabolismu. Z pohledu dýchání se jedná o ucpaný nos, sekreci z nosu či zrychlené dýchání. Nervový systém se projevuje vysokou teplotou či výrazným pocením.

Novorozenec by měl být při NAS monitorován a dle potřeby přeložen na jednotku intenzivní péče. Je důležité s dítětem co nejméně manipulovat, zabránit nadměrnému světlu nebo hluku. Důležité je časté odsávání nosu, poloha na břiše nebo na pravém boku a krmení dle stavu dítěte.

Farmakologická léčba se řeší morfinovými či opiovými roztoky.

---

<sup>19</sup> VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8, s. 69.

## Praktická část

### 10 Metodologický postup

#### 10.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je získat náhled odborníků na příčinu začátku užívání návykových látek a také popsat hlavní znaky a rozdíly mezi užíváním u mužů a u žen. Za cíl si také dávám zjistit názor odborníků na problematiku užívání návykových látek v těhotenství a úskalí terénní práce. Výzkum také analyzuje několik náhodně vybraných dokumentací, kde figurují těhotné ženy na návykových látkách.

#### 10.2 Respondenti

Výzkum v praktické části je prováděn pomocí dvou metod – analýzou dokumentů a interview. Interview je prováděno s pracovníky dvou organizací terénních služeb pro drogově závislé, Drop In o.p.s. a SANANIM o. s. Pracovníci těchto organizací se zaměřují především na injekční uživatele návykových látek v Praze a jsou v bezprostředním kontaktu s těmito uživateli.

RESPONDENT	KVALIFIKACE/PRAXE V OBORU
<b>Respondent č. 1</b>	Vysokoškolské vzdělání, sociální práce/ Praxe v oboru 2 roky
<b>Respondent č. 2</b>	Vysokoškolské vzdělání, adiktologie/ Praxe v oboru 4 roky
<b>Respondent č. 3</b>	Vysokoškolské vzdělání, sociální práce/ Praxe v oboru 3 roky
<b>Respondent č. 4</b>	Vyšší odborné vzdělání, sociální pedagogika/ Praxe v oboru 3 roky

**Tabulka 1** – Přehled respondentů (zdroj: autor)



### 10.3 Předpoklady

1. Domnívám se, že odborníci budou za hlavní příčinu začátku užívání návykových látek považovat dysfunkční rodinu.
2. Předpokládám, že ženy narkomanky svou závislost spíše skrývají, nemluví o ní a na rozdíl od mužů trpí častými depresemi z důvodu vizáže, které jsou způsobené devastujícími účinky drog.
3. Myslím si, že názor pracovníků terénních služeb na užívání návykových látek v těhotenství bude spíše negativní.

### 10.4 Metody výzkumu

#### 10.4.1 Kvalitativní výzkum

V této praktické části je využita metoda kvalitativního výzkumu. „Kvalitativní výzkum vychází zejména z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, a tudíž kvalitativně orientované výzkumy připouštějí existenci více realit. Z rozdílných filosofických východisek vyplývají i další rozdíly (cíle výzkumu, přístup badatele apod.)“<sup>20</sup>

#### 10.4.2 Interview

Metoda, která je použita v této praktické části bakalářské práce se nazývá interview. Toto interview je prováděno s pracovníky TS SANANIM o. s. a TS Drop In o.p.s., zabývající se drogovou problematikou. „Interview je metoda shromažďování dat o realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Někdy se v podobném významu používá také obsahově širšího českého termínu rozhovor. Protože však ne každý rozhovor je interview, je používání pojmu interview přesnější a výstižnější. Anglický název interview je totiž složen ze dvou částí, kde inter, znamená mezi a view znamená názor nebo pohled.

---

<sup>20</sup> CHRÁSTKA, Miroslav *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4, s. 32.

Velkou výhodou interview oproti jiným výzkumným metodám je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do motivů a postojů respondentů. U interview můžeme sledovat reakce respondenta na kladené otázky a podle nich usměrňovat jeho další průběh.

Úspěšnost interview je z velké části závislá na schopnosti výzkumníka navázat přátelský vztah k respondentovi a na vytvoření otevřené atmosféry. Vytvoření vzájemně příjemného, uvolněného vztahu mezi výzkumníkem a respondentem se označuje termínem report.

Interview je možno rozdělit na strukturované, polostrukturované a nestrukturované. Toto dělení rozlišujeme podle toho, jak ho sám výzkumník řídí. Pro tuto bakalářskou práci je zvoleno polostrukturované interview.

### **Polostrukturované interview:**

U polostrukturovaného interview jsou předem dané otázky, které tazatel nutně nemusí pokládat v pořadí, v jakém je má napsané, taktéž je to s formulací. Respondentovi také může být otázka vysvětlena. Polostrukturované interview povoluje tazateli přidávat či ubírat otázky, podle situace a také podle toho, jak sám tazatel uzná za vhodné. Tento typ interview se nejvíce hodí k typu respondenta v této bakalářské práci. Je flexibilnější nežli strukturované interview a oproti nestrukturovanému interview, má určitý řád a je systematictější.

### **10.4.3 Analýza dokumentů**

Druhou metodou výzkumu v praktické části je analýza dokumentů. Tato analýza probíhala formou studia interních dokumentů organizací, ze kterých bylo utvořeno několik kazuistik neboli případových studií. Pro lepší pochopení textu jsou kazuistiky doplněny o vysvětlení pracovního programu XTP.

Případová studie je výzkumnou metodou užívanou v mnoha oborech. Předpokladem této studie je soustředit se na jeden sociologický objekt či jednu sociologickou jednotku, jakou může být jedinec, rodina, etnická skupina, komunita či instituce. Tento případ následně studie sleduje a zpracovává jako celek ze všech různých sociologických aspektů. Pro případovou studii je charakteristická kombinace různých technik sběru informací, z nichž je preferována analýza dokumentů.

## 11 Případová studie

### 11.1 Kazuistika č. 1

Petra, 26 let

Petra již od kojeneckého věku vyrůstala v náhradní rodině. O tom že je adoptovaná věděla již od předškolního věku. Mezi 4. a 5. rokem jí zemřel adoptivní otec a nadále vyrůstala pouze s matkou. Matka po smrti otce začala pít ve velké míře alkohol a o Petru se přestala starat. Z její matky se stala alkoholička, která nakonec svou dceru začala fyzicky napadat. Již při nástupu do základního vzdělávání se Petra stala problémovým dítětem. O hodinách vyrušovala, nedávala pozor a to se také odrazilo na známkovém ohodnocení.

První zkušenost s drogami Petra uvádí kolem 9 roku věku, kdy začala kouřit cigarety a za necelý rok se k nim přidala i marihuana. V 11 letech začala Petra užívat tvrdé drogy nitrožilně.

Primární drogou klientky je pervitin, ke kterému občas užívá heroin a braun. Ve skupině je často konfliktní, avšak respektovaná. Bydlí s přítelem, se kterým si aktuálně nerozumí, v zahradní chatce na okraji Prahy. Petra má dluhy u VZP a DPP, které činí téměř 1 mil. Kč.

Vztah Petry k pracovníkům byl chladný, často přecházela do otevřeného odporu nebo nadávala „sama pro sebe“. V nízkoprahovém pracovním programu XTP (viz kapitola 11.5) byla 3 roky.

Petra své nechtěné těhotenství dlouho skrývala. Terénní pracovníci její stav zjistili až v 6. měsíci těhotenství. Petra do té doby nebyla nikdy u gynekologa. Hlavním důvodem byla ztráta dokladů a rozepře s přítelem, u kterého uvedla, že s ním již „nemůže počítat“. Klientka nebyla zaregistrovaná na úřadě práce, ani nepobírala dávky hmotné nouze.

Klientka nemá jasné plány do budoucna, nicméně drogy chce užívat i nadále. Dítě se nevzdá, protože sama ví, jaké to je vyrůstat v adoptivní rodině.

Po předchozích informacích, byl další postup následovný. Pracovníci se s Petrou domluvili na cílech spolupráce a doporučili jí základní síť spolupracujících institucí, jako je Denní stacionář Sananim, Kontaktní centrum Sananim, či Poradna pro těhotné FN Motol.

Petře byl změněn kontrakt spolupráce z pracovního na stabilizační a byly jí vytyčeny tyto úkoly:

- přijít včas na pracovní setkání

- dojít si podat žádost o občanský průkaz
- zaregistrovat se na úřadě práce
- absolvovat gynekologické vyšetření
- dojet na odbor sociálních dávek mimo Prahu
- dojít na konzultaci do Denního stacionáře

V praxi vydělávala Petra zhruba 300 Kč týdně.

### *Záznam ze zápisu, říjen 2012*

Petra stále dává ambivalentní signály. Na jednu stranu řekla o sobě a dítěti „To by asi nebylo dobrý pro nás, být v chatce bez topení,“ ale na druhou stranu sdělila, že se „radši vzdá parchanta, než psa“. Každopádně zcela odmítá variantu, že by abstinovala.

Hledáme instituci, kde bude moci řešit sebe a dítě. Domlouváme se s Petrou, že to bude denní stacionář. Vysvětloval jsem jí dále smysl konzultace v denním stacionáři:

- vytvořit si plán, co dál
- ujasnit si, jak funguje sociálka, zda s ní má přijít do kontaktu
- ujasnit si, jak budou k ní postupovat v porodnici

### *Do porodu zvládla Petra tyto úkony:*

- občanský průkaz a kartičku pojištěnce
- vyabstinování z opiátů (ale nadále užívala pervitin)
- pravidelná gynekologická vyšetření
- registraci na úřadě práce, dojíždění na oddělení sociálních dávek a jejich získání
- zaplacení a přestěhování se na ubytovnu těsně před příchodem mrazů
- výrazná změna image včetně /a hygieny
- nepravidelné docházení do Denního stacionáře
- výrazná změna vztahu k pracovníkům programu - komunikativní, otevřená

*Závěr*

Na konci února 2013 Petra porodila. Do porodnice odešla sama, psa předala kamarádovi. Narodila se zdravá holčička. Po týdně byla odeslána do kojeneckého ústavu v Kolíně. Petra začala 1x-2x týdně dojíždět do kojeneckého ústavu a spolupracovat s nevlastní matkou. Došlo k ukončení stabilizačního kontraktu. Docházela do Denního stacionáře SANANIM o. s. a začala řešit nástup do léčby. Ke své matce chová velký odpor a z rodiny navštěvuje pouze nemocnou babičku.

Petra nastoupila do léčby, kterou podle zdrojů terénních pracovníků dokončila. Nyní o Petře nemají žádné další informace.

**11.2 Kazuistika č. 2**

Jana, 28 let

Jana se narodila do rodiny s velmi komplikovanými vztahy. Vyrůstala na vesnici se svojí matkou, starším bratrem a nevlastním otcem. Klientka svého biologického otce nezná, ani po něm nikdy nepátrala. První stupeň základní školy vystudovala bez jakýchkoli obtíží, avšak ve 12 letech se seznámila s partou, ve které se užívala marihuana a následně tvrdé drogy. Drogu podanou injekčně poprvé okusila ve 13 letech. Dokončila základní vzdělání a následně i střední školu.

Primární drogou Jany je pervitin, ke kterému občas užívá braun. Do sananimského programu XTP (viz. kapitola 11.5) docházela individuálně. Ostatní klienti ji označovali jako „namachrovanou“ a ve skupině velmi často vyvolávala konflikty.

Se svým přítelem žila klientka ve squatu, i přes to si vždy dokázala udržet dobrý hygienický a vzhledový standart. Vztahy s partnerem uvedla jako velmi komplikované, frekvence sinusoidy „jednou nahoře, jednou dole“. Janě byla několikrát poskytnuta krizová pomoc, jelikož ji partner fyzicky napadl. Ze začátku byla klientka k pracovníkům hodně nedůvěřivá, avšak po nějaké době, i vzhledem ke svému vysokému mínění, chtěla být Jana s pracovníky spíše jako kolegyně nebo „VIP“ klient. V programu XTP byla Jana s malým přerušením zhruba 7 let.

Pracovníci se o těhotenství Jany dozvěděli v době, kdy s partnerem prožívala těžké momenty. Na pracovní konzultaci přišla zmlácená a pokousaná. Pracovníci se snažili Janě poradit, co dělat, až partnera opustí a více ji tak k tomu motivovat, (aby ho opustila.) S těhotenstvím se svěřila během konzultace, kdy si udělala několik testů. Jana byla v té době ve druhém měsíci těhotenství. Nebyla registrovaná na úřadu práce a nepobírala dávky v hmotné nouzi.

Útoky na Janu ze strany přítele neustávaly ani během těhotenství, i přesto se s ním nerozešla. Klientka se již od začátku zmiňovala, že si dítě nechá a v partnerství přetrvávala i nadále v naději, že společné rodičovství změní vztah nadále k lepšímu. Jana byla již od prvních chvil motivována k nástupu do léčby.

### *Záznam ze zápisu*

Klientka je dnes málo komunikativní. Říkala, že bere miniaturní dávky pervitinu a tak je tím spíš ospalá. Uvedla, že je jí zle od žaludku, má často pocit na zvracení, ale jinak se cítí OK. Nyní „bývalého“ partnera týden neviděla a chce si to tak s ním udržet. Hodně jsme ho vyhlížely, bála se, že by se ji mohl pokusit odchytit. Nicméně nestalo se. Miminko si chce rozhodně nechat. Stále je motivovaná docházet do denního stacionáře, se sociální pracovníci řeší životopis do TK Karlov a obstarávání si věcí pro miminko do komunity.

### *Do porodu zvládla Jana tyto úkony:*

- snížení užívání pervitinu
- pravidelná gynekologická vyšetření
- pravidelné docházení do Denního stacionáře SANANIM o. s.
- registrace na ÚP, vyřízení si dávek v hmotné nouzi, dojíždění za Prahu na sociální odbor
- přestěhování od partnera ze squatu nejprve do bytu ke kamarádovi, posléze díky spolupráci se stacionářem těsně před nástupem na detox do azylového domu
- zvládla být celkem finančně odpovědná

### *Závěr*

Jana po dvou měsících spolupráce odchází na detox a následně do TK Karlov. V současné době je po porodu, stále abstínuje, nicméně léčbu v komunitě nedokončila.

### 11.3 Kazuistika č. 3

Iveta, 23 let

Iveta vyrůstala ve velmi úspěšné rodině, kde o peníze nebyla nouze. Otec pracuje ve stavební firmě a matka je právnička.

Klientka je jedináček, rodiče další děti kvůli své kariéře nechtěli, a tak se o Ivetu od 3 měsíců věku starala chůva. Rodiče vídala jen zřídka a jediné na co si vzpomíná je, že se s ní rádi chlubili před svými známými, avšak jinak o ní moc velký zájem nejevili. Ani z jedné strany rodičů Iveta necítila opravdovou lásku.

Klientka užívá drogy od 15 let, začínala na alkoholu a marihuaně, skončila u pervitinu. Po nástupu na SŠ začala být dle rodičů náladová a problémová. Rodiče neuznávala, dělala si, co chtěla a občas nepřišla domů. Podle Ivety, si toho rodiče dlouho nevšíмали, bylo to tak pro ně jednodušší. Poté, co začala mít absence ve škole, ji doma zamykali např. přes celý víkend, když odjížděli na chatu apod. Zakazovali jí cokoli jiného než školu, a tak utekla z domova.

Postupem času začala Iveta užívat pervitin injekčně každý den. Našla si přítele, romského drogového dealera a zanedlouho ji ze školy vyhodili. Od 17 let žila na ulici a občas přespávala u kamarádů. Když jí došly peníze, snažila se kontaktovat rodiče, ti jí však pomoci odmítli. Nedostatek peněz řešila drobnými krádežemi, ale mnohem častěji pohlavním stykem výměnou za drogu. Udělala dluhy, které činili skoro půl milionu korun.

O těhotenství se dozvěděla ve třetím měsíci. S ničím takovým nepočítala, ale byla ráda, jelikož, jak ona sama říká, bude mít konečně „někoho pouze sama pro sebe.“ Otcem dítěte je onen romský dealer, který ji i fyzicky napadal.

Iveta požádala terénní pracovníky krátce před porodem o radu. Nevěděla, co má dělat, ani kam by měla jít dítě porodit. Po opakovaných konzultacích se rozhoduje pro léčbu v TK Karlov společně s dítětem. Má však obavy, aby jí přítel neopustil.

Z porodnice Iveta kontaktovala rodiče, se kterými nemluvila několik let. Rozhodla se je informovat o dítěti a následné léčbě s ním. Ti jsou zcela zásadně proti, léčbu s dítětem považují za ostudu.

#### *Závěr*

Dítě bylo svěřeno do péče Ivetiných rodičů a ona samotná se rozhodla pro léčbu. Otec zaplatil za klientku všechny její dluhy a svolil, aby Iveta u nich bydlela, pokud bude „čistá“. Nyní malou Lucinku (dceru Ivety) hlídá chůva a rodiče další pomoc zásadně odmítají.

## 11.4 Kazuistika č. 4

Iva, 21 let

Iva pochází z početné disharmonické rodiny, z osmi sourozenců. Rodiče ve své roli selhávali a tak péči rodičů nahrazovala babička, která takto početnou rodinu nedokázala plně zvládat. Iva není s matkou v kontaktu, jediné co ví je, že se zdržuje někde u Prahy. O otci nemá žádné informace.

Základní školu Iva dokončila s menšími problémy a dále pokračovala na Odborné učiliště v Praze, obor kuchařka. V prvním ročníku se Iva seznámila s chlapcem, který kouřil marihuanu a měl partu, ve které se užíval pervitin. Iva okusila pervitin v 15 letech.

V 16 letech si Iva poprvé podala pervitin injekční cestou, přestala chodit do školy, a jelikož doma kradla peníze a různé cennosti, aby měla na drogu, babička ji vyhodila z domu. Na ulici žila s přítelem, kterého poznala prostřednictvím drogové scény. Na drogu si společně vydělávali drobnými krádežemi, prodáváním ředěných drog a také prostitucí.

Před rokem se Iva dozvěděla o svém nechtěném těhotenství, otec dítěte byl neznámý. Iva dítě nechtěla a tak dále žila svým obvyklým způsobem života. Užívala drogy a poskytovala sexuální služby. Během gravidity měla častý sexuální styk s mužem, o kterém věděla, že má hepatitidu typu C.

K terénním pracovníkům si Iva chodila měnit své náčiní každý den. Těhotenství na ní nebylo patrné, ale po pár měsících se jim se svým stavem svěřila. Klientku se snažili motivovat k léčení a probírali s ní různé varianty řešení. Iva však jakoukoliv pomoc odmítala. Poté pracovníci Ivu několik týdnů neviděli.

### *Závěr*

Iva se nevzdala svého rizikového způsobu života a o dítě v šestém měsíci těhotenství přišla následkem drog a neopatrného sexuálního života. Po několika týdnech si Iva přišla vyměnit injekční materiál a se vším se pracovníkům svěřila. Klientka vypadala vyrovnaně a o ztrátě dítěte mluvila spíše chladně. Nadále bydlí na ulici a s drogami skoncovat nechce. Při posledním kontaktu na ulici se Iva svěřila terénním pracovníkům se svou diagnózou HIV pozitivní.



## 11.5 Nízkoprahový pracovní program XTP Sananim

Doba vzniku programu se datuje na rok 1995, kdy tehdejší pracovníci o. s. SANANIM objížděli evropské konference, na kterých načerpali znalosti, které později využívali v praxi.

Program XTP znamená zkontaktování skryté populace uživatelů drog a jejich pokrytí harm reduction službami a základními informacemi prostřednictvím jiného uživatele drog.

Externí terénní pracovníci jsou dlouhodobí uživatelé drog, kteří aktuálně neuvažují o abstinenci. Jsou to klienti, kteří mají zájem pomáhat svým vrstevníkům, pracovat ve prospěch veřejného zdraví a kultivovat drogovou scénu. Mezi nimi se především nachází lidé bez domova, kteří žijí na ulici nebo ve squatech. Většina z nich je po výkonu trestu, nemá doklady a chtějí udělat něco užitečného jak pro sebe, tak i pro své okolí. Typicky nejsou zapsáni na úřadu práce, ani nepobírají podporu v nezaměstnanosti.

Pracovníci XTP provádějí sběr použitého materiálu a jeho výměnu na uzavřené drogové scéně, nebo na otevřené drogové scéně v časech a místech, kdy zde nejsou profesionální terénní pracovníci. XTP působí na bytech a v lokalitách v rámci celého hlavního města Prahy.

Cílem programu je rozvinout vrstevnický potenciál z hlediska distribuce injekčního materiálu, vzájemného vzdělávání klientů mezi sebou, realizované pomoci, dosažení stabilizace či pozitivního posunu u účastníků programu.

Každý účastník programu si vydělá 100 Kč (cca 4 Euro za účast na odpoledním programu od 13 do 17.00) a peníze dostává při odchodu. Další nefinanční benefity, které dostává, je jídlo před skupinovým programem, hygienické prostředky, oblečení ze šatníku a možnost si vyprat.

Klienti jsou v programu ve dvou rolích daných pracovním a sociálním kontraktem. Jeden podmiňuje druhý.

*Sociální kontrakt* – důležité je, aby klienti plnili svůj individuální plán o sociální stabilizaci, např. v rámci podporování bydlení je možná půjčka na věci, které klient potřebuje.

*Pracovní kontrakt* – požaduje se, aby klient přišel v daný den včas bez akutní intoxikace či abstinenčního syndromu a byl schopen pracovat v rámci programu. Podmínkou je samozřejmě nulová agrese.

Na pracovním setkání bývá maximálně 12 klientů a jde o práci na dohodu o provedení v rozsahu max. 4 hodiny týdně. Klient musí dokázat prokazatelný přínos (počty stříkaček) + důkaz příběhem.

Noví zájemci prochází anamnestickým rozhovorem a končí uzavřením pracovního a sociálního kontraktu (zároveň je důležité se společně domluvit na pravidlech programu).

- Je stanoven cíl (e) spolupráce a úkol do příštího setkání.
- Po občerstvení klient absolvuje vzdělávání
- Následují dvě hodiny práce (příprava materiálu HR, balení časopisu Dekontaminace, úklid atd.)
- Po skončení je výplata a připomenutí úkolu.

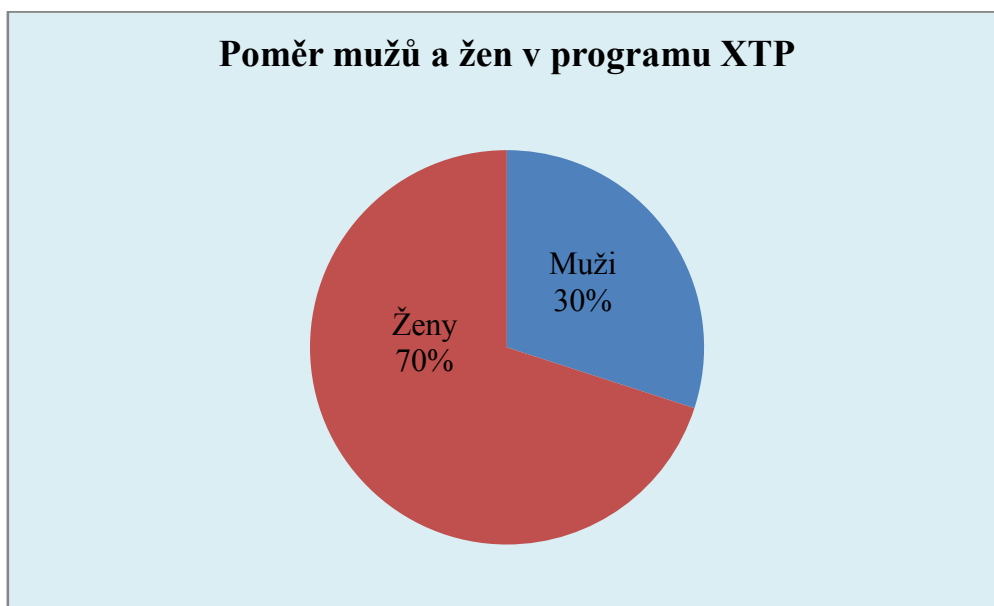
Každý klient dostane úkoly, které pro sebe do příštího setkání udělá.

Příklady úkolů:

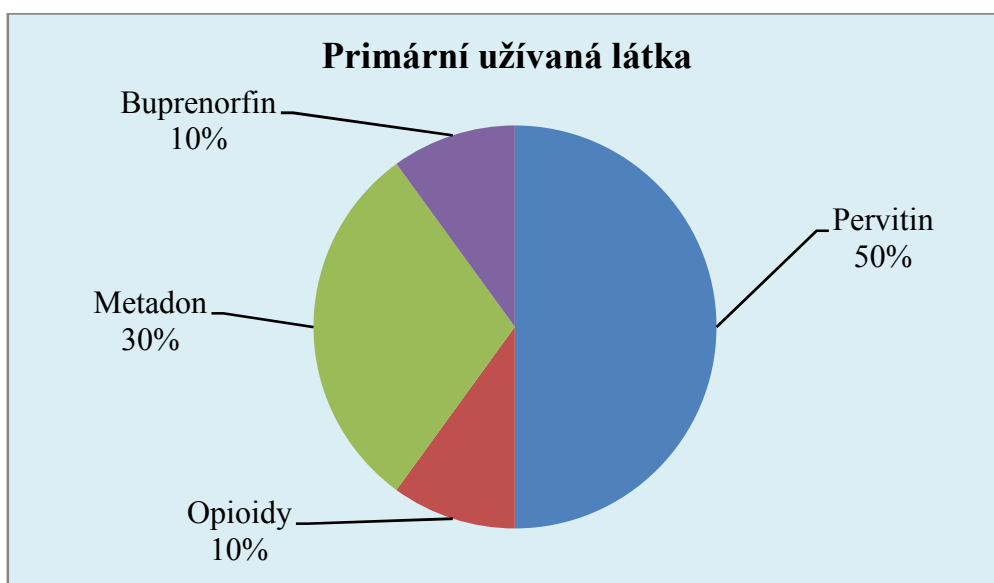
- Dojít do KC a absolvovat třikrát sprchu s šamponem proti lupům, vyhodit své oblečení a přijít v novém čistém.
- Poslat žádost nebo případně si vyzvednout rodný list.
- Dojít na policii a nahlásit ztrátu OP.
- Jít zažádat o kartičku pojištěnce.
- Navštívit lékaře a nechat si udělat testy na infekční choroby.
- Registrovat se na úřadě práce, zažádat o dávky v hmotné nouzi.
- Pořídit si telefon, brýle...
- Zajít se zeptat na práci do pracovní agentury.
- Ozvat se svým příbuzným.

Následující týden při příchodu proběhne kontrola splnění úkolu. Pokud klient splnil úkol, může normálně dále pracovat a domlouváme navazující úkol. Pokud klient úkol nesplnil, může dále pracovat, nicméně z vydělaných 100 Kč dostane pouze 50 Kč a 50 Kč je mu uloženo, dokud úkol nesplní. Obdobně na dalším setkání, kdy je mu (pokud úkol nesplní) ale uložena celá částka. Jelikož tyto peníze jsou klienta, může požadovat okamžité vyplacení, ale v tom případě je mu na dva měsíce ukončena spolupráce.

Využívat pracovní potenciál osob z výrazně sociálně vyloučeného prostředí je možné. Velmi dobře funguje kombinace pracovního a sociálního kontraktu, které se podmiňují. Je nutné vycházet z kontaktu s reálnými možnostmi a reálným životním stylem zaměstnaných osob. I práce relativně malá rozsahem pomáhá lidem z okraje společnosti cítit se lépe a posouvat se k lepšímu životu.



**Graf 1** – procentuální přehled mužů a žen v programu XTP Sananim (zdroj: TP Sananim)



**Graf 2** – procentuální přehled primárně užívaných látek u pracovníků programu XTP Sananim (zdroj: TP Sananim)

## 12 Interview

Interview bylo prováděno s terénními pracovníky TP SANANIM o. s. a TP Drop In o.p.s. Interview bylo polostrukturované a otázky byly otevřené. Respondenti neměli na výběr žádné možnosti a odpovídali na základě svých zkušeností.

### 12.1 Respondent č. 1

Drogové problematice se respondent začal věnovat z důvodu prostředí, ve kterém vyrůstal. Narodil se v centru Prahy, kde je působení toxikomanů na denním pořádku. *„Každý den jsem vídal desítky narkomanů, kterým jsem chtěl vždy pomoc. Posledním a tím nejdůležitějším důvodem bylo, když můj nejlepší kamarád spadl do světa drog.“*

*„Úskalí terénní práce spatřuji možná v přímém kontaktu s klienty, jelikož některé z mých kolegyně již párkrát zažily konflikt s klientem, ale vždycky se nějak dokázal vyřešit.“*

Při terénní práci se skupinou drogově závislých se respondent setkává více s muži, s ženami je v kontaktu méně často. Respondent se setkává spíše se ženami, které si chodí měnit injekční náčiní převážně večer a po větším množství. Důvod vidí v ostychu žen a také v jejich nočním životě spojeném s prostitucí.

Respondent považuje za jednu z hlavních příčin užívání návykových látek rodinu a výchovu, kterou považuje za důležitý element každého člověka. *„Na každého jedince působí spoustu elementů, tím nejdůležitějším je rodina a výchova, avšak vždy tomu tak nemusí být. Začátek drogové závislosti může být zapříčiněný okolím, ve kterém jedinec vyrůstá a partou se kterou se člověk stýká.“*

Rozdíly v užívání mezi muži a ženami spatřuje především v závislosti, kdy u žen, dle respondenta, vzniká závislost mnohem rychleji a již po menších dávkách.

Respondent se zneužíváním návykových látek v těhotenství nemá příliš zkušeností, avšak tento fakt neodsuzuje. *„Neodsuzuji klienty za to, že jsou závislí, tak proč bych měl odsuzovat užívání látek v těhotenství. Tyto ženy potřebují motivaci, pomoc, ale vždy je rozhodnutí pouze na nich.“*

## 12.2 Respondent č. 2

Respondentka se s drogovou problematikou setkal již na základní škole, kdy spolužák z jejich třídy začal užívat pervitin. *„V té době jsem se začala více zajímat o toto téma, chtěla jsem Jindrovi pomoc, ale nevěděla jsem jak. V knihovně jsem si napůjčovala knížky o drogách a od té doby mě to už neopustilo...“* Od tohoto období se respondentka rozhodla studovat adiktologii na vysoké škole.

Terénní práce dle respondentky není jednoduchá, každý člověk tuto práci vykonávat nemůže, jak z důvodu fyzické náročnosti, kdy se pracovník celý den pohybuje po ulicích Prahy, tak i z psychického hlediska. *„Každý den se setkáváme s lidmi na drogách, někdy na ně pohled není úplně hezký a chtěli bychom mu pomoci, ale víme, že všechno je pouze na něm. Pro mě je nejhorší vidět člověka, jak se mění účinkem drog. Na druhou stranu je hezké vidět klienta, který jde na detox a nadále abstínuje, právě tohle mě na mojí práci baví“.*

V kontaktu, jak uvádí respondentka, jsou pracovníci terénních služeb hlavně s muži, je to dáno hlavně tím, že mužské populace, která užívá návykové látky, je více než žen. Ženy většinou chodí ve společnosti s mužem, v menším množství pro výměnu chodí klientky samy.

*„Příčin začátku užívání drog je spousta, u každého člověka je to podle mě dost individuální. Za jednu z příčin může být rodina, kamarádi, špatná životní situace nebo jedinec chce utéct od určitého problému, reality. Je toho dost a nikdy to není jednoznačný.“*

Podle respondentky je užívání návykových látek u žen specifické hlavně ve spojení s prostitucí a zneužíváním. Ženy více lpí na mužích, jejich závislost vzniká za mnohem kratší dobu než u mužů. *„Drogy spojené s prostitucí ještě umocňují fakt, že je muži ovládají. Ženy narkomanky jsou spíš nedůvěřivé a o svých problémech a životě mluví hodně nerady.“*

Názor na užívání návykových látek v těhotenství má respondentka spíše negativní, *„...nemám ráda pohled na těhotné dívky, které jsou absolutně nemotivované se svojí závislostí pracovat. Naštěstí těchto žen je velmi málo a většinou jsem se setkala s klientkami, které se na své dítě těšily, i když bylo neplánované a se svojí závislostí chtěly něco udělat.“*

### 12.3 Respondent č. 3

Respondentka se k této problematice dostal prostřednictvím střední školy a povinných stáží. *„Chodila jsem na praxi do káčka, tam jsem se i dozvěděla více o terénní práci, a tak jsem se přihlásila do programu jako dobrovolník. Po ukončení studia na střední škole jsem pokračovala na vysokou a za nedlouho nastoupila na částečný úvazek jako terénní pracovník.“*

Nad riziky spojenými s terénní prací respondentka nikdy neuvažoval, ani žádná úskalí nespatřuje. *„Pro mne je tato práce hodně důležitá a hodně prospěšná, snažíme se o to, aby rizika plynoucí z užívání byla co nejmenší. Nabízíme nejen výměnu, ale také poradenství a zdravotní ošetření.“* Konkrétní činností terénního pracovníka je výměnný program, výměnou to obvykle začíná. Postupem času, se buduje vzájemný vztah a důvěra, což může vést, jak respondentka uvádí, k motivaci klienta ke změně. Dále respondentka sděluje, že terénní práce není pouze výměnný program, je to hlavně pomoc zabezpečit klientovi sociální potřeby. *„...terénní práci bych popsala jako doprovázení člověka v krizových situacích jeho života.“*

V kontaktu v terénu je respondentka převážně s muži, jak sám uvádí, ženy jsou spíše v pozadí a většinou chodí v doprovodu s mužem. *„Často si vyměnit chodí mladé slečny, převážně ve večerních hodinách a po hodně kusech použitých buchen. Nikdo z jejich okolí většinou nemá ani ponětí, že drogy berou a valná většina z nich pracuje v sexbyznysu.“*

Respondentka uvádí jako jednu z hlavních příčin začátku užívání návykových látek rodinu, ve které člověk vyrůstá, za důležité považuje rodinné vztahy a také to, jak a v jaké míře jsou v rodině dávány najevo city. Vliv na člověka má také jeho okolí a sociální vztahy, které navazuje.

*„Jak jsem uvedla již v předchozí odpovědi, rozdíly mezi muži a ženami, které užívají návykové látky, jsou hlavně v oblasti závislosti a také v tom, že se ženy se svojí závislostí spíše tají. Většina našich klientek chodí v doprovodu s mužem, většinou přítelem. Na výměnu si k nám chodí také starší uživatelky, nežijí na ulici, mají svou rodinu i děti a o problémech s drogou jejich rodina nemá kolikrát ani tušení.“*

Užívání návykových látek v těhotenství je dle respondentky složité téma. Klientky, které jsou gravidní a stále užívají drogy, se snaží motivovat k léčbě a abstinenci.

## 12.4 Respondent č. 4

Respondent již při studiu vyšší odborné školy chodil jako dobrovolník do terénních programů pro osoby užívající návykové látky, kde začal později i pracovat. S drogovou problematikou se setkal už na střední škole a od té doby se o toto téma zajímá podrobněji. Respondent vidí důležitost v dalším vzdělávání, kurzech, a různých přednáškách. „...*je to důležitý, já osobně procházím minimálně dvěma kurzama za rok, teďka se chystám zhruba za měsíc na kurz krizové intervence a nedávno jsem navštívil přednášku na téma Ošetřování a zdravotní poradenství.*“

Terénní pracovníci se často ocitají na hraně zákona, setkávají se každý den s uživateli drog, kteří se pohybují mimo zákon. „...*máme ohlašovací povinnost, pokud něco uslyšíme nebo se něco dozvíme, snažíme se klientům říkat, ať o takových věcech před námi nemluví, jako kde si kdy nastřelili a kde se vaří perník. Když slyším, že před námi někdo o tom mluví, tak ho pošlu pryč. Prostě ať si to jdou řešit jinak.*“

V kontaktu jsou terénní pracovníci dle respondenta více s muži. Mužů narkomanů v Praze je procentuálně více než žen. Žen je z celkového počtu uživatelů méně, za svou závislost se stydí a tudíž se i více skrývají.

Podle názoru respondenta za hlavní příčinu užívání návykových látek stojí určité predispozice jedince k různým závislostem. U každého jedince je důležitá vůle. Pokud jedinec žije ve městě, kde má partu ve které se například kouří marihuana, jedinec ji může začít kouřit, ale také nemusí. Může se chtít vyrovnat kamarádům a tak si marihuanu zakouří, ale může mít pevnou vůli, ví o tom, že je tato droga špatná a tudíž jí kouřit nebude. Důležitou roli dle respondenta hraje v tomto případě i výchova a rodina.

„*Nevidím velký rozdíl mezi toxíkama, jestli to je ženská nebo chlap. Jak už jsem se o tom bavil, ženy jsou spíše stydlivější, ale zase to není pravidlo. Většina z nich je ve skupinkách s chlapama a chodí si s nima i měnit. Ženských je celkově v drogovém světě míň, ale za to když už berou, tak to stojí za to.*“

Respondent se ženám užívající návykové látky v těhotenství snaží podat radu, motivovat je k abstinenci a za jejich závislost je neodsuzuje. „...*tak jako pro ženy, který kouří v těhotenství, je těžké přestat a kouří během těhotenství dál, tak i pro holky narkomanky je to dost těžký.*“

## 13 Závěr z rozhovorů a případových studií

Jak vyplynulo z rozhovorů, za jednu z hlavních příčin začátku užívání návykových látek respondenti považují rodinu, čímž se potvrdil předpoklad č. 1. (Domnívám se, že odborníci budou za hlavní příčinu začátku užívání návykových látek považovat dysfunkční rodinu.).

Další příčiny, ve kterých se respondenti shodovali, bylo například okolí, ve kterém jedinec vyrůstá, osobní predispozice nebo přátelé či vrstevníci. Z rozhovorů vyplynulo, že pro jedince je důležitá výchova, pokud je dítě již od raného věku seznamováno s drogami a jsou mu přibližovány jejich škodlivé účinky, v dospívání může mít na návykové látky negativní názor.

Na drogové scéně je mužů v poměru se ženami mnohem víc, a tudíž i s muži navazují více kontaktů.

Respondenti se s ženami užívající návykové látky setkávají v menší míře, spíše ve společnosti s muži. To vyplývá, jak jsem mohla z rozhovorů vypožorovat, hlavně z větší ostýchavosti žen. Ženy se spíše se svojí závislostí tají a o tomto tématu nerady hovoří, tímto se potvrdil předpoklad č. 2. (Předpokládám, že ženy narkomanky svou závislost spíše skrývají, nemluví o ní a na rozdíl od mužů trpí častými depresemi z důvodu vizáže, které jsou způsobené devastujícími účinky drog.).

Překvapily mě odpovědi na otázku, jaký názor mají respondenti na užívání návykových látek v těhotenství. Většina respondentů tyto ženy neodsuzuje, chápe jejich situaci a v první řadě se je snaží motivovat k léčbě a následné abstinenci. Tímto se vyvrátil můj předpoklad č. 3. (Myslím si, že názor pracovníků terénních služeb na užívání návykových látek v těhotenství bude spíše negativní.).

Na otázku, proč se respondenti začali věnovat drogové problematice, odpovídali různorodě. V několika případech se jednalo o motivaci z důvodu zkušenosti s drogově závislými ze svého bydliště, okolí nebo dokonce kvůli svému příteli, který začal drogy užívat. V dalších případech se respondenti seznámili s drogovou problematikou při studiu střední nebo základní školy a dále se jí dopodrobna začali věnovat. Studovali odbornou literaturu a také chodili jako dobrovolníci do terénních služeb, kde i později začali pracovat.

U otázky, která se týkala úskalí terénní práce, se odpovědi respondentů nejvíce rozcházeli. V odpovědích se objevila psychická náročnost práce, také možné konflikty s klienty, se kterými se pracovníci často setkávají a dokonce i úskalí ohlašovací povinnosti. Jak uvedl respondent, terénní pracovníci se často pohybují na hraně zákona z důvodu informací, které klienti často řeší před pracovníky.



Většina z mých respondentů má vysokoškolské vzdělání v oboru sociální péče, v jednom případě jsem se setkala s absolventem adiktologie a také s respondentem s vyšším odborným vzděláním v oboru sociální pedagogiky.

V praktické části také uvádím případové studie čtyř žen narkomanek, které mají jeden společný znak a tím je těhotenství. Všechny ženy jsou podobného věku a vyrůstaly v disharmonických rodinách, bez lásky a částečně i bez dostatečné výchovy. V každé uvedené kazuistice ztrácela rodina svou funkci a uvedené dívky v ní strádaly.

Uvedené ženy ve většině případů začaly drogy užívat v pubertě nebo dokonce ve starším školním věku. Jak jsem si mohla všimnout, ve všech případech bylo těhotenství neplánované a delší čas o něm klientky neměly ponětí. Do jiného stavu přišly většinou se svým přítelem, také narkomanem, avšak vztah většinou nebyl ideální a klientkám bylo jak psychicky, tak i fyzicky ubližováno.

Jak vyplynulo z kazuistik i z rozhovorů s respondenty, většina těchto žen je psychicky a někdy i fyzicky závislá na svém partnerovi. S přítelem bydlí, shání drogy, doprovází je všude a v mnoha případech si i od mužů nechají ubližovat. Velice mě zaujal příběh Jany, která si nechala od přítele ubližovat a trpěla od něj kdejaké útoky jak psychické, tak i fyzické, ale přes to všechno chtěla ve vztahu setrvat a stále doufala v lepší zítřky. Věřila, že dítě, které čeká, může změnit vztah, který mají mezi sebou.

Co mne mile překvapilo, byl fakt, že 3 ze 4 uvedených klientek se svou drogovou závislostí chtěly něco udělat, po tom, co se dozvěděly o těhotenství. Je hezké vidět, že tyto uživatelky, nadále drogy brát nechtěly a vlastně kvůli dítěti se chtěly změnit. Bohužel odstrašující byl příběh klientky Ivy, která se svojí závislostí bojovat nechtěla a nakonec o své dítě následkem drog a svého rizikového života přišla.

Jak jsem se dozvěděla již od respondentů, je velmi důležité tyto ženy motivovat k tomu, aby se svou závislostí začaly něco dělat. Práce s těmito ženami není vůbec jednoduchá a je i velmi náročná, ale jak jsem se mohla dozvědět dle respondentů, je práce s uživatelkami prací vděčnou a není nic lepšího, než vidět bývalou ženu narkomanku se svým dítětem a abstinovat.

## Závěr

Toto téma jsem si vybrala hlavně z důvodu nízké informovanosti široké laické veřejnosti o této problematice a zároveň také z důvodu několika měsíční stáže, v již zmiňovaných organizacích.

O tomto tématu se ve společnosti mluví poměrně málo a o užívání návykových látek v těhotenství prakticky vůbec. Touto prací se mi podařilo přiblížit životy drogově závislých žen, nastudovala a následně jsem popsala jejich rodinné anamnézy, první začátky s užíváním návykových látek a také průběhy jejich těhotenství. Dokázala jsem získat názory pracovníků terénních služeb na problematiku drogové závislosti u žen a také odpovědi na uvedené otázky.

Hlavním cílem mé absolventské práce bylo přiblížit život ženy s drogovou závislostí, najít rozdíly mezi užíváním drog u mužů a žen a různé názory terénních pracovníků na danou problematiku. Dle mého názoru se tyto cíle podařilo splnit.

V teoretické části bakalářské práce se věnuji drogové závislosti, jejím příčinám, důsledkům a také historii. Okrajově se také zmiňuji o užívání návykových látek v České republice. V druhé části, popisuji specifika ženského užívání a převážně se věnuji matkám narkomanek a jejich dětem.

V praktické části absolventské práce uvádím čtyři kazuistiky, klientek organizací SANANIM o. s. a také Drop In o.p.s., které mají jedno společné a to užívání návykových látek v těhotenství. Také zde přibližuji sananimský program XTP, ve kterém některé z uvedených žen působily. Na konec praktické části přidávám čtyři anonymní rozhovory se čtyřmi pracovníky terénních programů SANANIM o. s. a Drop In o.p.s. Respondentům bylo položeno 8 otázek, na které následně odpovídali.

Tato práce poskytuje čtenáři nejen obecný pohled na návykové látky a jejich užívání, ale také přibližuje životy lidí, kteří se dostali do koloběhu světa drog. Touto prací bych chtěla změnit negativní názor na problematiku užívání návykových látek v těhotenství a zároveň přiblížit práci terénního pracovníka, která je užitečná nejen pro uživatele návykových látek, ale hlavně pro celou společnost.

## Seznam literatury

- BERND, Schulte et al. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. ISBN 978-80-7440-042-1
- BĚLÁČKOVÁ, Vendula et al. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-052-0
- BRICHČÍN, Milan et al. *Mládež – drogy – společnost*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1997. ISSN 0862-4461
- DOČKAL, Jan. *Člověk a drogy*. Praha: Éthum, 2000.
- GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9
- CHRÁSTKA, Miroslav *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
- JANÍK, Alojz a DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990. ISBN 80-201-0087-3
- KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KUBÁNEK, Vladimír a POLÍVKA, Lubomír. *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze, 2010. ISBN 978-80-7251-319-2
- MARHOUNOVÁ, Jana a Karel NEŠPOR. *Alkoholici, fetišti a gambleré*. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8
- MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-210-2511-5
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-109-1
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X
- OLSZEWSKI, Deborah. *Hlasy žen*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze a Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-86620-26-8
- POKORNÝ, Vratislav. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04

PRESLOVÁ, Ilona a Veronika MAXOVÁ. *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5

VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8

## **Internetové zdroje**

HERZOG, Aleš. *Terénní práce s uživatelem drog* (online). SANANIM, 10. 07. 2013. Po bezplatné registraci a přihlášení je text dostupný z <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/310/terenni-prace-s-uzivateli-drog.html>

NEDVĚD, Tomáš. *Počátek buprenorfinové ságy* (online). SANANIM, 2005 (vid. 11. 06. 2013). Po bezplatné registraci a přihlášení je text dostupný z <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/346/pocatek-buprenorfinove-sagy.html>

PRESLOVÁ, Ilona. *Těhotenství, děti a drogy* (online). SANANIM, 11. 06. 2013. Po bezplatné registraci a přihlášení je text dostupný z <http://www.edekontaminace.cz/clanek/2/301/tehotenstvi-deti-a-drogy.html>

*Porod v terénu?* (online). SANANIM, 23. 09. 2013. Po bezplatné registraci a přihlášení je text dostupný z <http://www.edekontaminace.cz/clanek/2/332/porod-v-terenu.html>

*Příčiny vzniku závislosti* (online), 2011. Dostupné z <http://drogy1.webnode.cz/priciny-vzniku-zavislosti/>

*Problémové užívání drog* (online). Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/drogova-situace/problemove-uzivani-drog/>

## **Tištěná periodika**

Dekontaminace. Praha: SANANIM, 2012, č. 11

- TERMER, Aleš et. al. Heroin. Dekontaminace. 2010. č. léto, s. 13
- TERMER, Aleš et. al. MDMA. Dekontaminace. 2010, č. zima, s. 3
- TERMER, Aleš et. al. Metadon. Dekontaminace. 2010. č. léto, s. 25
- TERMER, Aleš et. al. Opiáty v ČR. Dekontaminace. 2010. č. léto, s. 3
- TERMER, Aleš et. al. Práce v sexbyznysu aneb jak zůstat naživu. Dekontaminace. 2011, č. 1. s. 19
- TERMER, Aleš et. al. Těhotenský kalendář pro ženy co berou drogy. Dekontaminace. 2012, č.3,s.1

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Tazatelské otázky

## **Příloha č. 1**

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho trvá Vaše praxe v oboru?
3. Z jakého důvodu jste se začal věnovat drogové problematice?
4. Jaké jsou podle Vás úskalí terénní práce?
5. Jste jako terénní pracovník více v kontaktu s muži nebo s ženami?
6. Jaké jsou podle Vás hlavní příčiny začátku užívání návykových látek?
7. Uveďte prosím hlavní znaky a rozdíly mezi užíváním drog u žen a u mužů?
8. Jaký je Váš názor na užívání návykových látek v těhotenství?

## Summary

For my bachelor thesis I have chosen a theme: „Drugs and drug addiction during pregnancy“. I have made my choice mainly due to lack of public awareness about this issue and also due to my personal interest for last few years.

Professional literature and my street working experience in Drop in o.p.s. and SANANIM o.s. organizations were my sources of knowledge.

This thesis talks about causes and impacts of using addictive substances. There is also a simple history description and a current situation of addictive substances in the Czech Republic. I also covered differences between using drugs by men and women and what is the influence on fetus in mother's body.

In the practical part, I have used interview method and few case studies. Case studies look at female drug addicts, which were using drugs from their young age and didn't give up even during their pregnancy.

Mentioned interviews were made using half-structured method and we can see many different perspectives related to this topic. Interviews were made by street workers in the above mentioned organizations. This thesis covers drug usage problems with main focus for usage by women.